

外科・消化器外科問診票

記入年月日 年 月 日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1. どのような症状で来院されましたか。

2. それはいつ頃からですか。

3. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。(該当するものに○をつけてください)

ぜんそく・アレルギー疾患・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病
胃潰瘍・糖尿病・肺結核・脳卒中・前立腺肥大・緑内障・その他 ()

4. 上記以外に病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。

【ある・ない】
あると答えた方 【 歳頃】 【病名： 】
【手術名： 】

5. 現在、服用中の薬はありますか。

【ある・ない】
あると答えた方 【薬品名： 】
◆本日、お薬手帳はお持ちですか 【持っている・持っていない】

6. 今までに薬や注射、食品でアレルギー症状（じんましん、呼吸困難など）が出たことがありますか。

【ある・ない】
あると答えた方 【 歳頃】 【薬品・食品名： 】

7. 血の繋がっている方で、次の病気にかかった方はいらっしゃいますか。

(該当するものに○をつけてください)
高血圧・脳卒中・糖尿病・心臓病・精神病・がん・アレルギー疾患
いない・不明

8. 日常の排泄について教えてください。

排便 【 日に 回】
排尿 【 1日に 回】

9. 嗜好品について教えてください。

たばこ 【吸う… 本/日 歳から・禁煙中… 年間・吸わない】
お酒 【毎日飲む… ml/日・時々飲む・飲まない】

10. 女性の方のみ教えてください。

◆最終月経はいつですか 【 年 月 日～ 日間】
◆現在妊娠の可能性はありますか 【ある・ない】
◆閉経された方は何歳の時ですか 【 歳】

11. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

【ある・ない】
あると答えた方 【渡航先： 】
【渡航期間： 】